



# Sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité par les professionnels de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble

Maud Pabion

## ► To cite this version:

Maud Pabion. Sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité par les professionnels de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025806

**HAL Id: dumas-01025806**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025806>**

Submitted on 18 Jul 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**Département de Maïeutique**

Sensibilité du repérage des patientes en  
situation de précarité par les professionnels  
de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble

Mémoire soutenu le 19 juin 2014

Par Maud PABION

Née le 17 janvier 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2014

## REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Monsieur Thierry MICHY, Gynécologue Obstétricien du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Président du jury

Madame Virginie DELORME, Gynécologue Obstétricien de la Clinique Belledonne

Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme Cadre Supérieur Enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble

Madame Laurence COMBET BLANC, Sage-Femme Cadre Supérieur du Centre Hospitalier de Voiron.

Je remercie plus particulièrement :

Madame Valérie MATEOS, Assistante Sociale de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, directrice de ce mémoire ;

*Pour m'avoir accompagnée tout au long de ce mémoire*

Madame Anne JUILLET, Assistante Sociale de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, codirectrice de ce mémoire ;

*Pour son accompagnement tout au long de ce mémoire*

Madame Laurence COMBET BLANC, Sage-Femme Cadre Supérieur du Centre Hospitalier de Voiron, Guidante de ce mémoire ;

*Pour sa disponibilité, ses conseils et son investissement dans la réalisation de ce mémoire*

Madame Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'École de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ma promotion ;

*Pour son soutien, son aide et sa disponibilité pendant ces 4 années passées à l'école de sages-femmes*

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'école de Sages-Femmes de Grenoble ;

*Pour nous avoir soutenus et encouragés pendant nos 4 ans à l'école de sages-femmes.*

Je remercie également :

Mélodie LEGRAND ;

*Pour son aide précieuse dans la réalisation de mes statistiques*

Irène, ma grand-mère ;

*Pour son implication dans la rédaction de ce mémoire, son aide et son soutien depuis toujours*

Mes parents, Michel et Catherine, et mon frère, Nicolas ;

*Pour leur soutien, leurs conseils et leur écoute durant mes études*

L'ensemble de ma promotion, et plus particulièrement Nais, Fadia et Fayçal ;

*Pour ces 4 merveilleuses années et les bons moments passés ensemble*

Alicia, Lucie et Cloé ;

*Pour leur amitié depuis tant d'années*

Maxence ;

*Pour sa présence et sa bienveillance.*

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS</b> .....	page 1
<b>I – INTRODUCTION</b> .....	page 2
<b>II – MATERIEL ET METHODES</b> .....	page 3
1. Type d'étude .....	page 4
2. Population .....	page 4
3. Recueil de données .....	page 4
4. Critères de jugement .....	page 6
5. Analyse statistique .....	page 6
<b>III – RESULTATS</b> .....	page 7
1. Chart flow .....	page 7
2. Caractéristiques de la population .....	page 8
a. <i>Caractéristiques générales</i> .....	page 8
b. <i>Suivi de grossesse</i> .....	page 9
3. Objectif principal .....	page 9
4. Objectifs secondaires .....	page 10
a. <i>Prévalence de la précarité</i> .....	page 10
b. <i>Corrélation</i> .....	page 10
<b>IV – DISCUSSION</b> .....	page 11
1. Biais et limites .....	page 11
2. Population .....	page 11
a) <i>Comparaison avec l'Enquête Périnatale de 2010</i> .....	page 11
b) <i>Comparaison avec la population de l'HCE de Grenoble</i> .....	page 12
3. Objectif principal .....	page 12
4. Evolutions nationales .....	page 13
5. Utilisation du score EPICES en consultation .....	page 15
6. Score individuel de précarité .....	page 17
7. Objectifs secondaires .....	page 18
a) <i>Prévalence de la précarité</i> .....	page 18
b) <i>Corrélation</i> .....	page 19
<b>V – CONCLUSION</b> .....	page 20
<b>VI – BIBLIOGRAPHIE</b> .....	page 21
<b>VII – ANNEXES</b> .....	page 24

## **ABREVIATIONS**

HCE : Hôpital Couple Enfant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMO : Dossier Médical et Obstétrical

CES : Centres d'Examens de Santé

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

UME : Unité Mère-Enfant

IMC : Indice de Masse Corporelle

SAUGO : Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales

PEC : Prise En Charge

AS : Assistante Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

SIRS : Santé, inégalités et ruptures sociales



## I – INTRODUCTION

La précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. », J. WRESINSKI (1). Cette notion est complexe et multidimensionnelle et peut concerner différents domaines (le logement, le revenu, l'emploi, les diplômes, la famille, la protection sociale, les loisirs et la culture, l'hygiène, la santé mentale et physique ou encore l'isolement social et familial, etc.) (2)(3).

Actuellement, la société est marquée par une progression de la précarité en raison de divers facteurs tels que le chômage de longue durée, l'instabilité des contrats de travail, l'augmentation du nombre de familles monoparentales, le ralentissement de la croissance économique ... (4)

Les effets de la précarité sur la santé sont nombreux. Elle entraîne une recrudescence de nombreuses maladies (hépatites virales, SIDA, tuberculose), de conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) ainsi que la surconsommation de tranquillisants, d'antidépresseurs, les troubles du sommeil ou l'anxiété. Les pathologies le plus souvent rencontrées sont essentiellement liées à l'absence de recours aux soins, le défaut d'hygiène et la malnutrition (5).

La précarité n'épargne pas les femmes enceintes. En France, on estime que 17,5 à 23 % des femmes enceintes seraient en situation de précarité (6)(7). Repérer ces femmes pendant la grossesse n'est pas simple. En effet la précarité est une notion très subjective, les critères d'identification sont le plus souvent socio-administratifs et reposent principalement sur la situation par rapport à l'emploi.

Les conséquences de la précarité sur la grossesse et les nouveaux-nés sont bien connues. Elle entraîne en général un mauvais suivi de grossesse, une augmentation des pathologies obstétricales (anémie ferriprive, infections urinaires et génitales, diabète gestationnel ...) (6)(7) et périnatales (retard de croissance intra-utérin, infections néonatales, souffrances fœtales aiguës ...) et une augmentation de la prématurité (8). La précarité a donc un coût humain pour la mère et son enfant mais

aussi un coût financier pour la société avec notamment l'augmentation des taux d'hospitalisation maternelles et néonatales. C'est pour ces deux raisons qu'il est important qu'elle soit identifiée et prise en compte par les professionnels (9).

L'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble est doté d'un Dossier Médical et Obstétrical (DMO) dans lequel il n'y a qu'un seul item concernant la précarité des patientes ; il est laissé à la libre appréciation de la sage-femme ou du médecin qui devra le cocher sans aucun critère objectif et reproductible.

En 2012, seulement 147 des 2900 patientes ayant accouché à l'HCE ont été identifiées en situation de précarité dans le DMO, soit environ 5% (requête informatique effectuée sur l'ensemble des DMO de l'année 2012).

Afin de mieux identifier les diverses populations en situation de vulnérabilité sociale et économique, les Centres d'Examens de Santé (CES) ont construit un score individuel de précarité, quantitatif, dénommé EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les CES), prenant en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité (10) (annexe I).

Nous avons donc choisi d'utiliser pour la première fois au sein de l'HCE de Grenoble le score EPICES afin de connaître la prévalence de la précarité mais aussi de savoir si les patientes en situation de précarité sont correctement repérées par les professionnels de santé chargés du suivi de grossesse des patientes. En effet, nous pensions que le nombre de ces patientes était sous-estimé et que par conséquent leur repérage et leur suivi médical pendant la grossesse étaient insuffisants.

Les objectifs de notre étude étaient donc de savoir si la précarité était correctement identifiée dans le DMO par les professionnels de l'HCE, mais aussi de connaître la prévalence de la précarité au sein de la maternité.

## **II – MATERIEL ET METHODES**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive monocentrique. Elle a été réalisée dans l'Unité Mère Enfant (UME) de l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble, maternité de niveau 3 ayant réalisé 3049 accouchements en 2012.

L'étude a été menée sur une période d'un mois du 17 août au 15 septembre 2013.

### **2. Population**

Ont été éligibles toutes les patientes hospitalisées en UME entre le 17 août et le 15 septembre 2013 lorsqu'elles étaient majeures.

Ont été exclues les patientes ayant accouché dans une autre maternité ou pour lesquelles un dossier informatisé de type DMO n'avait pas été rempli.

Ont également été exclues les patientes refusant de participer à l'étude ainsi que les patientes dans l'incapacité de répondre à nos questions en raison de la barrière de la langue.

### **3. Recueil de données**

Cette étude a été réalisée en deux temps.

Dans un premier temps, après présentation de notre étude et recueil du consentement à la participation, un questionnaire comportant les 11 questions du score EPICES complété par 4 questions a été proposé aux patientes éligibles. Les 4 questions complémentaires concernaient le nombre d'enfants à charge au domicile, la date de déclaration de grossesse, la profession de la patiente et celle du père de l'enfant (annexe II).

Un score EPICES supérieur ou égal à 30.7 classait la patiente comme précaire. Afin de calculer le score, lorsque la patiente répondait « oui » à la question, un coefficient négatif ou positif (variable en fonction des items) était affecté à la réponse. Si elle répondait « non », le coefficient affecté était égal à 0. On ajoutait ensuite par définition la constante 75,14 au total : le score ainsi obtenu était donc quantitatif, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée) (annexe I).

Dans un deuxième temps, un recueil à partir du dossier médical obstétrical a été réalisé. Les informations recueillies étaient les caractéristiques générales de la population (âge, parité, tabagisme, Indice de Masse Corporelle (IMC)), des informations concernant le suivi de grossesse (nombre de consultations au Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales (SAUGO) pendant la grossesse), des informations en rapport avec l'identification et la prise en charge d'une précarité. Nous avons considéré que les patientes étaient repérées comme précaires (repérage) lorsque l'item « patiente en situation de précarité » était coché (item coché) et lorsque les patientes avaient bénéficié d'une Prise En Charge sociale (PEC sociale). Ont été considérées comme ayant bénéficié d'une PEC sociale les femmes pour lesquelles était indiqué dans le texte libre du DMO qu'un lien avec une Assistante Sociale (AS) (de l'HCE ou extra-hospitalière) avait été proposé ou que la patiente bénéficiait déjà d'un suivi par une AS, mais aussi lorsque la patiente était suivie par une sage-femme de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les professions ont été reclassées en 3 catégories :

- cols bleus : agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise et ouvriers
- cols blancs : employés, cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires
- autres : retraités et autres personnes sans activité professionnelle

#### **4. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était la sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité par les professionnels de l'HCE, c'est à dire la probabilité que l'item précarité soit coché et/ou que la patiente ait eu une PEC sociale lorsque la patiente est précaire (EPICES supérieur ou égal à 30,7).

Les critères de jugement secondaires étaient la prévalence de la précarité à l'HCE ainsi que la concordance entre l'item précarité et le score EPICES, la concordance entre la prise en charge sociale et EPICES et la concordance entre le repérage des patientes en situation de précarité et EPICES.

#### **5. Analyse statistique**

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type ainsi que par la médiane et l'espace interquartile en cas d'écart à la normalité.

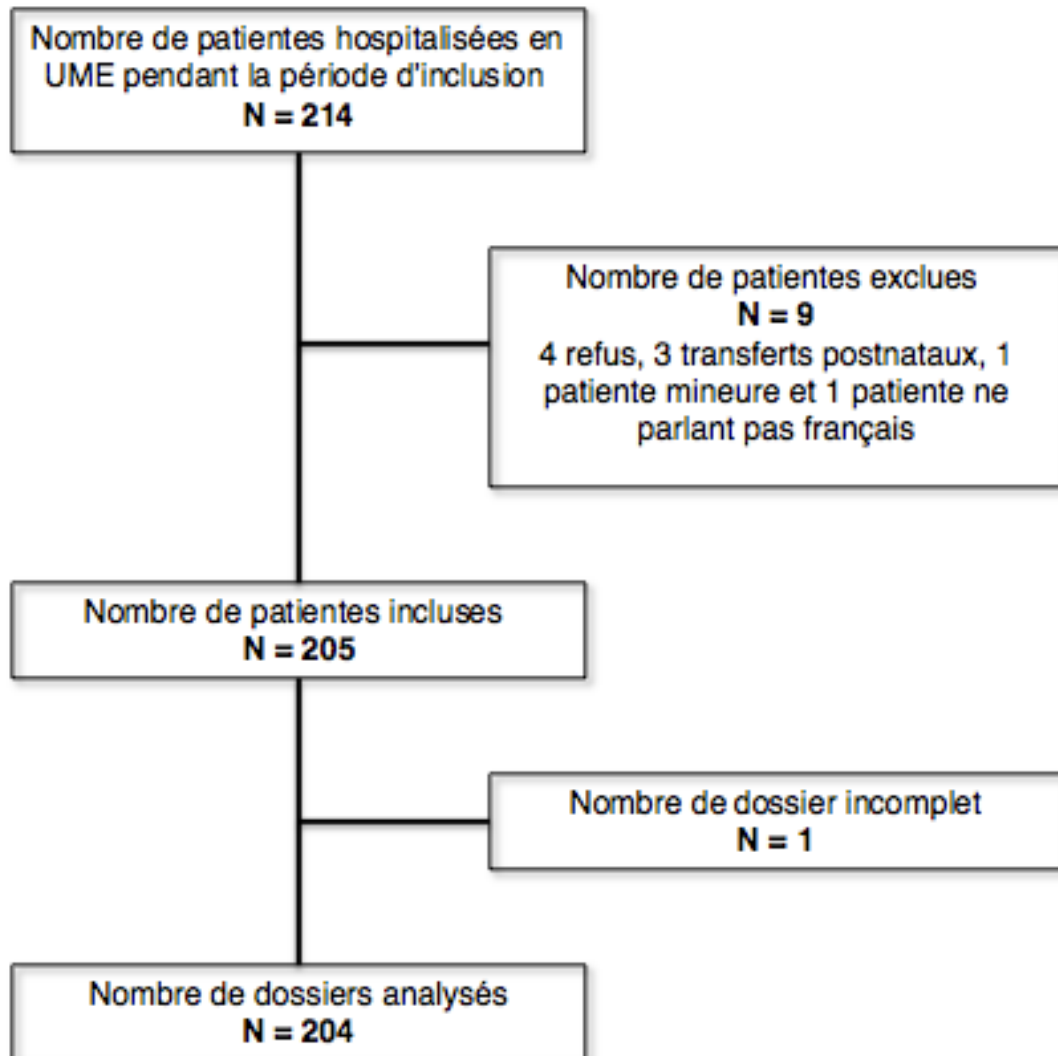
Les caractéristiques à l'inclusion ont été comparées entre les deux groupes à l'aide du test du Chi 2 remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique attendu inférieur à 5, pour les variables qualitatives, et par le test t de Student pour les variables quantitatives.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stat View.

Le degré de concordance entre variables qualitatives a été mesuré à l'aide du test de Kappa de Cohen. Le niveau de concordance est compris entre 0 et 1. Il est considéré comme très mauvais lorsqu'il est inférieur à 0, mauvais de 0 à 0,20, médiocre de 0,21 à 0,40, modéré de 0,41 à 0,60, bon de 0,61 à 0,80 et excellent lorsqu'il est supérieur ou égal à 0,81.

### III – RESULTATS

#### 1. Chart flow



## 2. Caractéristiques de la population

### a. Caractéristiques générales

Tableau I – Caractéristiques générales de la population

	Pop Totale	Non précaire	Précaire	P value
<b>N (%)</b>	204 (100)	123 (60,3)	81(39,7)	
<b>Age, m (e.t) en année</b>	30,4 (5,2)	31,0 (4,6)	29,5 (5,9)	<b>0,0480</b>
<b>Parité, m (e.t)</b>	1,8 (1,0)	1,7 (0,7)	2,1 (1,3)	<b>0,0009</b>
- 1	89 (43,6 %)	56 (45,5 %)	33 (40,7 %)	<b>0,0003</b>
- 2-3	102 (50,0 %)	66 (53,7 %)	36 (44,5 %)	
- > 3	13 (6,4 %)	1 (0,8 %)	12 (14,8%)	
<b>Nb enfant à charge, m (e.t)</b>	1,9 (1,0)	1,7 (0,8)	2,2 (1,2)	<b>0,0042</b>
<b>IMC, m (e.t) en kg/cm<sup>2</sup></b>	24,1 (5,5)	23,6 (5,7)	24,9 (5,0)	0,0797
<b>Tabac, n (%)</b>				0,9794
- OUI	43 (21,1)	26 (21,1)	17 (21,0)	
- NON	161 (78,9)	97 (78,8)	64 (79,0)	
<b>CSP Mme, n (%)</b>				<b>&lt; 0,001</b>
- Col Bleu	4 (2,0)	1 (0,8)	3 (3,7)	
- Col Blanc	124 (60,8)	102 (82,9)	22 (27,2)	
- Autres	76 (37,2)	20 (16,3)	56 (69,1)	
<b>CSP Mr *, n (%)</b>				<b>&lt; 0,0001</b>
- Col Bleu	45 (22,7)	18 (14,6)	27 (36,0)	
- Col Blanc	127 (64,2)	100 (81,3)	27 (36,0)	
- Autres	26 (13,1)	5 (4,1)	21 (28,0)	

\* données manquantes pour CSP Mr, N = 6

N ou n = effectif, m = moyenne, e.t = écart-type, CSP = catégorie socio-professionnelle

Les patientes en situation de précarité étaient significativement plus jeunes ( $p=0,0480$ ), avaient plus d'enfants ( $p<0,001$ ) et plus d'enfants à charge ( $p=0,0042$ ) que les patientes non précaires. Les patientes en situation de précarité et leurs conjoints étaient significativement plus nombreux sans activité professionnelle ou retraité ( $p<0,001$ ) et ( $p<0,0001$ ).

Concernant la consommation de tabac et l'IMC, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

**b. Suivi de grossesse :**

Tableau II – Caractéristiques du suivi de grossesse

	<b>Pop Totale</b>	<b>Non précaire</b>	<b>Précaire</b>	<b>P value</b>
<b>N (%)</b>	204 (100)	123 (60,3)	81(39,7)	
<b>Cs SAUGO, m (e.t)</b>	1,113 (0,5)	0,813 (1,1)	1,568 (1,8)	<b>0,0002</b>
<b>T. décl., m (e.t)</b>	1,162 (1,4)	1,065 (0,3)	1,309 (0,6)	<b>0,0003</b>

N = nombre, m = moyenne, e.t = écart-type, Cs = consultation, T.décla. = trimestre de déclaration de la grossesse

Les patientes en situation de précarité ont significativement déclaré leur grossesse plus tardivement ( $p=0,0003$ ) et ont consulté aux SAUGO plus souvent que les patientes non précaires ( $p=0,0002$ ).

**3. Objectif principal :**

Tableau III - Sensibilité, Spécificité, VPP, VPN du repérage des patientes en situation de précarité

	<b>Se</b>	<b>Sp</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>
<b>Repérage (%)</b>	30,8	98,4	92,6	68,4

Se : Sensibilité, Sp : Spécificité, VPP : Valeur Prédictive Positive, VPN : Valeur Prédictive Négative

La sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité c'est à dire la probabilité que l'item précarité soit coché et/ou que la patiente ait eu une PEC sociale lorsque la patiente est précaire (EPICES  $\geq 30,7$ ) est de 30,8 %.



#### **4. Objectifs secondaires**

##### ***a) Prévalence de la précarité***

La prévalence des patientes en situation de précarité à l'HCE est de 39,70 %.

##### ***b) Corrélation***

La concordance entre les items précarité du DMO et le score EPICES est considérée comme très mauvaise (Coefficient Kappa = 0,0685).

La concordance entre la prise en charge sociale et le score EPICES est considérée comme médiocre (Coefficient Kappa = 0,3375).

La concordance entre le repérage des patientes en situation de précarité et le score EPICES est considérée comme médiocre (Coefficient Kappa = 0,3268).

## **IV – DISCUSSION**

### **1. Biais et limites**

Notre étude a été réalisée dans le service de suite de couche de l'HCE, sur une période d'un mois. L'échantillon de population ainsi sélectionné n'est peut-être pas totalement représentatif de la population globale de l'HCE même si toutes les patientes ont été interrogées sans aucune sélection à l'inclusion.

En effet, les patientes refusant de participer à notre étude ainsi que les patientes ne parlant pas français ont été exclues, entraînant un biais de sélection. En effet, les patientes ne parlant pas français sont souvent des patientes en situation de grande précarité, cela a donc pu entraîner une sous-estimation de la prévalence de la précarité dans notre étude.

Lors du recueil de données, les patientes ont été interrogées de vive voix afin d'éviter le non retour de questionnaires. Mais cette méthode a pu entraîner un biais de réponse. En effet, des patientes ont peut être « caché » ou « enjolivé » la réalité de leur situation en raison des questions parfois intrusives et personnelles du score EPICES. Cependant, la prévalence de la précarité retrouvée dans notre étude est très supérieure aux résultats de la littérature, ce biais semble donc minime.

### **2. Population**

#### ***a) Comparaison avec l'Enquête Périnatale de 2010 (11)***

L'âge moyen de notre population est de 30,4 ans (e.t 5,2 ans) ce qui est proche de la moyenne d'âge des mères accouchant en France, qui est de 29,7 ans, selon l'enquête périnatale de 2010.

En revanche, l'IMC et la consommation de tabac de notre population sont largement supérieures à l'enquête périnatale de 2010 avec 24,1 % de patiente ayant un IMC supérieur à 25 Kg/m<sup>2</sup> dans notre étude contre 15,4 % dans l'enquête périnatale de

2010 et 21,1 % de patientes fumant pendant la grossesse dans notre étude contre 17,1 % dans l'enquête périnatale de 2010.

### ***b) Comparaison avec la population de l'HCE de Grenoble (12)***

La moyenne d'âge de notre population est de 30,4 ans, ce qui est quasiment identique à la moyenne d'âge de la population de l'HCE entre 2011 et 2013 qui est de 30 ans.

Dans notre population, 43,6 % des femmes étaient des primipares, tout comme la population étudiée entre 2011 et 2013 qui comptait 43 % de primipares.

Enfin, l'IMC moyen de notre population est de 24,1 kg/cm<sup>2</sup> ce qui est légèrement supérieur à l'IMC moyen entre 2011 et 2013 qui est de 23,4 kg/cm<sup>2</sup>.

Les caractéristiques de notre population sont donc très comparables à celles d'une étude également réalisée à l'HCE, entre 2011 et 2013. Notre échantillon est bien représentatif de la population venant consulter à l'HCE de Grenoble.

### **3. Objectif principal**

La sensibilité du repérage par les professionnels de l'HCE des femmes enceintes en situation de précarité est de 30,8 %. Cela signifie que près de deux tiers des grossesses de ces femmes ne sont pas du tout considérées comme potentiellement à risques en raison de leur précarité. Elles ne bénéficient donc d'aucune aide et d'aucune prise en charge particulière adaptée à leur situation à risque.

Cela montre bien que les outils mis à disposition des professionnels de santé de l'HCE pour repérer les patientes précaires sont totalement insuffisants et par conséquent très peu efficaces.

La précarité n'est jamais considérée à elle seule comme un facteur de risque pour la santé et donc pour la grossesse. Par exemple, dans le DMO où la précarité ne se résume qu'à un seul item, celui-ci, lorsqu'il est coché, ne déclenche pas l'identification de la grossesse comme étant « à risque ». Pour cette raison, une échelle d'évaluation pertinente est donc indispensable pour repérer la précarité et apporter des solutions. Le score EPICES présente les avantages d'être multidimensionnel et d'être indépendant du statut professionnel. Il est donc un outil simple, rapide et fiable permettant un repérage standardisé des patientes en situation de précarité lors des consultations.

#### **4. Evolutions nationales**

L'Article 2 de l'arrêté ministériel du 2 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé énonce les critères administratifs retenus pour définir les personnes en situation de précarité et indique que les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories énumérées ci-dessous :

- chômeurs
- contrats emplois solidarité
- bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion
- bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) (depuis 2000)
- sans domicile fixe
- jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle.

Ces critères reposent essentiellement sur la situation par rapport à l'emploi et sont très restrictifs (13).

La Loi n° 99-641 a été promulguée le 27 juillet 1999 et annonce la création de la CMU. La CMU s'adresse aux personnes qui ne sont pas déjà couvertes à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie. Sous réserve de remplir certaines conditions, elle permet aux personnes dont les revenus sont les plus faibles

de bénéficier de la sécurité sociale pour leurs dépenses de santé (14).

En 2000 est créée l'Aide Médicale de l'État (AME), dispositif assurant une protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France (15).

Le plan de périnatalité 2005-2007 (16) préconise un Entretien Périnatal Précoce (EPP) pour toutes les femmes, afin de permettre un meilleur ajustement des interventions médicales, sociales, psychologiques, mais aussi d'organiser un réseau de soin personnalisé autour de la femme enceinte si nécessaire. L'EPP a pour but de prendre en compte les facteurs d'environnement (somatiques, sociaux, affectifs), d'optimiser le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né mais aussi d'améliorer l'ajustement des professionnels aux besoins exprimés par les futurs parents (17).

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations dont les objectifs sont :

- d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse ;

- d'adapter le suivi en conséquence.

Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (consultation préconceptionnelle) ou lors de la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (18).

Ces recommandations montrent bien l'évolution des critères pris en compte dans l'identification de la précarité, vers des critères plus globaux et non plus uniquement en fonction de leur statut par rapport à l'emploi et à la couverture sociale. On note également la volonté du gouvernement de repérer les personnes en situation de précarité, d'assurer leur parcours de soin, mais aussi de les aider grâce à la mise en place de moyens tels que la CMU ou l'AME.

## 5. Utilisation du score EPICES en consultation

L'extrapolation du score EPICES à d'autres populations que celles accueillies en CES, en particulier en maternité est possible. Il a été montré que la vulnérabilité sociale mesurée par le score EPICES est associée à certaines complications médicales de la grossesse et du nouveau-né. Ce score résout les difficultés rencontrées pour repérer les patientes en situation de vulnérabilité sociale. Il est de mise en œuvre facile. Il est scientifiquement validé. Son utilisation systématique permettrait de faire un repérage aisé et standardisé des patientes en difficulté sociale, le plus tôt possible dans la grossesse, lors des consultations de déclaration de grossesse ou lors des EPP (6).

Il y a tout de même des points négatifs à ce score. Certaines des 11 questions de ce score peuvent paraître inadéquates, trop intrusives ou difficiles à poser au patient en consultation. Certaines des réponses à ces questions ne sont pas toujours univoques : qu'est-ce qu'une « aide matérielle » ? Qu'entend-on par besoins dans la question : « Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de véritables difficultés financières à faire face à vos besoins » ? En effet, certaines personnes ne prendront en compte que les besoins donnés en exemple (alimentation, loyer, électricité) et pas d'autres (19).

Mais au vu de la prévalence de la précarité, il semble important que le CHU de Grenoble mette à disposition des professionnels santé le score EPICES, afin que la précarité soit tout d'abord reconnue comme un facteur de risque pour la grossesse, mais surtout pour que la sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité soit fortement améliorée.

Poser les questions du score ne prend pas plus d'une ou deux minute(s). Ces questions pourraient être intégrées dans le DMO, dans la partie « antécédents de la grossesse » afin de permettre un calcul automatisé du score. Si celui-ci est supérieur à 30,7 alors se cocherait automatiquement l'item « patiente en situation de précarité » ainsi que l'item « grossesse à risque ». Cela permettrait, à chaque ouverture de DMO de pouvoir identifier précocement la grossesse comme étant à risque.

On pourrait également repenser le parcours de soin au sein du service de consultation de la maternité de l'HCE, en lien avec les différents acteurs du Réseau

Périnatal Alpes-Isère.

Une information auprès des AS de la maternité pourrait être automatisée lorsque la femme enceinte est repérée comme précaire. Elles pourront alors prendre contact avec la patiente afin d'évaluer sa situation sociale et travailler en collaboration avec les autres travailleurs sociaux prenant déjà en charge la patiente si celle-ci donne son accord.

Les sages-femmes de PMI ont un rôle primordial dans le suivi et l'accompagnement des grossesses à risques. Elles ont principalement un rôle de prévention par le biais d'une fonction à la fois sociale et médicale. Elles assurent aussi un rôle essentiel de proximité dans la coordination des soins ainsi que dans l'orientation et l'accompagnement des femmes auprès des différents réseaux sanitaires et sociaux. Elles effectuent ainsi un suivi global de la grossesse tant sur le plan médical que psychologique et social. Ce sont des partenaires indispensables pour le suivi des patientes en situation de précarité (20).

La déclaration de grossesse est adressée systématiquement par la Sécurité Sociale aux centres de PMI quel que soit la situation sociale de la patiente. Il semble donc nécessaire que le professionnel de santé de l'HCE en charge d'une patiente repérée comme précaire prenne directement contact avec la sage-femme PMI pour permettre une meilleure prise en charge globale de la grossesse mais aussi permettre un suivi conjoint entre les acteurs médico-psycho-sociaux, intra et extra hospitalier.

On sait que les femmes enceintes en situation de précarité ont un moins bon suivi de grossesse. Selon l'enquête périnatale de 2010, les patientes ayant des difficultés financières ont significativement moins de consultations prénatales et moins d'échographies de suivi de grossesse que les patientes n'ayant pas de difficultés financières (11). Lorsqu'une patiente identifiée comme précaire ne se présente pas à un rendez-vous ou une échographie de suivi de grossesse, le professionnel de santé devrait systématiquement prendre contact avec elle afin de lui redonner un rendez-vous ou afin de s'assurer de la continuité du suivi de grossesse, dans le but d'éviter un décrochage pouvant entraîner un défaut de suivi obstétrical et fœtal.

Au sein du Réseau Périnatal Alpes-Isère, seulement 37,9 % des patientes ont bénéficié d'un EPP en 2013 (21), ce qui semble peu quand on sait que le plan de périnatalité 2005-2007 le préconise pour toutes les patientes (17). Les EPP doivent donc être généralisés, et les femmes enceintes en situation de précarité doivent absolument en bénéficier, le plus tôt possible dans la grossesse. En effet, ils permettraient de connaître le contexte de la grossesse, l'environnement de la patiente mais aussi les moyens nécessaires pour la patiente afin d'améliorer le déroulement et le suivi de la grossesse. Il semble donc important que les professionnels de l'HCE soient sensibilisés à la nécessité des EPP. Ils doivent le proposer systématiquement pendant leurs consultations, plus particulièrement lors des consultations de déclaration de grossesse. Ils doivent également s'assurer que leurs patientes repérées comme précaires bénéficient d'un EPP, mais aussi se soucier de savoir si des contacts/des personnes ressources ont été proposés à leurs patientes et si celles-ci s'en sont servi.

Ces axes d'amélioration permettraient de prévenir et d'éviter de nombreuses pathologies maternelles, fœtales et néonatales, grâce à un meilleur repérage des patientes précaires et grâce à un meilleur suivi de la grossesse, mais ils permettraient aussi de réaliser des économies non négligeables, en cette période de restrictions budgétaires par l'assurance maladie.

## **6. Score individuel de précarité (19)**

Le score individuel de précarité est un score multidimensionnel, simple à mettre en œuvre, composé de 14 questions à choix multiples coté de 0 à 3 points (annexe III). Le patient est considéré comme précaire lorsque le score est supérieur à 10. Cette valeur isole les 20% de la population les plus précaires.

Pour mettre au point ce score, les auteurs se sont appuyés sur les données issues de la troisième vague d'enquête d'une cohorte de 3006 personnes, représentative de la population générale d'Île de France, la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS). Le score n'est validé que selon des critères de validité interne à l'étude SIRS.



Afin de pouvoir se servir de ce score de façon nationale, il sera nécessaire qu'il soit validé sur la population française, c'est à dire le valider en externe sur une autre population que celle étudiée afin de vérifier que les caractéristiques choisies ainsi que le seuil de 10 sont toujours pertinents pour dépister les individus précaires parmi la population générale en France.

Dans un deuxième temps, il faudrait tester ce score auprès des femmes enceintes comme il a déjà été fait avec le score EPICES.

Enfin, il serait nécessaire de le comparer au score EPICES afin de savoir lequel des deux est le plus facile à utiliser en routine, lequel est le plus sensible et lequel paraît le plus adapté pour l'évaluation de la vulnérabilité socio-économique individuelle.

## **7. Objectifs secondaires**

### ***a) Prévalence de la précarité***

La prévalence des patientes en situation de précarité à l'HCE est de 39,70 %. Cela signifie que chaque année, 915 patientes en situation de précarité y sont suivies et y accouchent. Ce résultat est très supérieur à la prévalence de la précarité évaluée grâce au score EPICES au CHU de St Etienne en 2008 (6). Cela montre bien l'importance de la population de patientes en situation de précarité venant consulter à l'HCE de Grenoble et la nécessité de mettre en place des moyens permettant de les repérer.

D'après l'étude prospective réalisée en 2001-2002 au CHU de Toulouse, la fréquence de la précarité chez les femmes enceintes était de 17,5 %. Ce résultat est encore une fois très inférieur au notre, mais il est à comparer avec précaution car les critères utilisés étaient différents.

Les maternités du CHU de Saint Etienne, du CHU de Toulouse et du CHU de Grenoble sont toutes les trois des maternités de niveau 3. Les différences observées ne viennent donc pas du niveau de soin des établissements mais semblent bien venir de la population qui les fréquente.

## ***b) Corrélation***

Le coefficient de Kappa évalue le degré d'accord entre deux juges (ici le score EPICES et le repérages de patientes en situation de précarité) c'est à dire la proportion d'éléments classés de la même manière par les deux juges. Dans notre étude, la concordance entre le score EPICES et le repérage est médiocre. Cela met une nouvelle fois en évidence la sous estimation de la précarité par les professionnels suivant les grossesses à l'HCE mais aussi la nécessité d'en améliorer le repérage.

## V – CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de connaître la prévalence de la précarité à l'HCE de Grenoble, mais aussi de savoir si les patientes en situation de précarité étaient correctement identifiées.

La maternité de l'HCE de Grenoble, maternité de niveau 3 réalisant 3049 accouchements, reçoit chaque année environ 915 patientes en situation de précarité, soit 39,70 %. Ce chiffre montre l'importance de cette population dans cette maternité, mais aussi l'importance de repérer ces patientes afin de mieux les prendre en charge pendant leur grossesse.

Nous avons mis en évidence un manque de repérage de ces patientes, que nous supposons être dû à un manque d'outils mis à disposition du personnel soignant dans le DMO pour repérer ces femmes.

Il serait donc intéressant, aux vu des résultats de notre étude et au vu de la forte proportion de patientes précaires venant accoucher à l'HCE, d'interroger les professionnels chargés du suivi de ces femmes sur leurs difficultés à les repérer mais aussi de savoir s'ils seraient intéressés par la mise en place du score EPICES dans le DMO, afin qu'ils n'aient plus à remplir de façon subjective et personnelle l'item « patiente en situation de précarité » comme c'est le cas actuellement.

Enfin, il semble important qu'un parcours de soin adapté soit mis en place pour ces patientes, avec la systématisation de l'EPP mais aussi avec la participation des tous les partenaires des milieux médical et psycho-social afin de mettre la prévention des risques liés à la précarité au cœur de la prise en charge de la femme enceinte en situation de précarité et de sa grossesse.

## VI – BIBLIOGRAPHIE

(1) WRESINSKI, J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Avis et rapport du Conseil économique et social, 1987 : 6

(2) TUDREJ, B. Précarité analyse d'un concept. Mémoire de Master 1 de recherche en éthique médicale : Université René Descartes Paris V, 2007

(3) BLONDEL B, LELONG N, SAUREL-CUBIZOLLES MJ. Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale. Journées de la Société Française de Médecine périnatale. Réalités en gynécologie-obstétrique, 2010 ; 149. Disponible sur [http://www.sfmp.net/download/Livre\\_rapports\\_Angers\\_2009.pdf](http://www.sfmp.net/download/Livre_rapports_Angers_2009.pdf)

(4) SASS C, MOULIN JJ, GUEGUEN R. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH, 2006 [consulté le 23/03/2013] ; 14 : 93-100.

Disponible sur : [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2006/4/513\\_522.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2006/4/513_522.pdf)

(5) CAMBOIS E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2003-2004

(6) CONVERS M, LANGERON A, SASS C et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2012 ; 40 : 208–212

(7) GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M et al. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005 ; 34 : 23-32

(8) LEJEUNE C. Précarité et prématurité. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2008 ; 21 : 344-348

(9) SCOAZEC C. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université Paris Descartes ; 2011

- (10) PASCAL J, ABBEY-HUGUENIN H, AGARD C et al. Élaboration d'un outil de repérage des usagers des consultations de l'hôpital en situation de vulnérabilité sociale, 2006 ; 18 : 513-522
- (11) BLONDEL B, KERMARREC M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale, 2011
- (12) CHARUN C. Impact de la mise en place des recommandations nationales sur la prévalence du diagnostic du diabète gestationnel : étude comparative de type avant/après. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université Joseph Fourier de Grenoble ; 2014
- (13) Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 20 juillet 1992. Article 2. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (14) Journal Officiel de la République Française. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999. Article 1. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (15) Service-Public.fr. Aide Médicale d'état (AME) : bénéficiaires et prestations. 2013. Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr>
- (16) Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité ; 2004 : 2
- (17) MOLENAT F, TOUBIN R-M, ROY J. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre ; 2010. 4
- (18) Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandations professionnelles ; mai 2007. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
- (19) ROBERT S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales. Université Pierre et Marie CURIE ; 2003
- (20) Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La sage-femme de PMI. 2013. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

(21) BERGER B. Entretien prénatal précoce : résultats en France dans les réseaux de santé en périnatalité. 2013

## VII – ANNEXES

### Annexe I : score EPICES

Tableau 1. Les 11 questions du score EPICES	
Questions	Coefficients
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
Vivez-vous en couple ?	-8,28
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10
<b>Constante</b>	<b>75,14</b>

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est « oui ».

### Annexe II : questionnaire de recueil de données

Dossier N° : Mémoire – Recueil de données

Nom : Prénom : DDN : / /19

EPICES	OUI	NON
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
Vivez-vous en couple ?		
Etes-vous propriétaire de votre logement ?		
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face aux besoins (alimentation, loyer, EDF ...) ?		
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vous parents ou enfants ?		
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		

CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	Patiente	CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	Conjoint
Agriculteur		Agriculteur	
Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise		Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise	
Cadre/Profession intellectuelle supérieure		Cadre/Profession intellectuelle supérieure	
Profession intermédiaire		Profession intermédiaire	
Employé		Employé	
Ouvrier		Ouvrier	
Retraité		Retraité	
Autres personnes sans activité professionnelle		Autres personnes sans activité professionnelle	
A classer moi même :		A classer moi même :	

• Nombre d'enfant à charge :

• Trimestre de déclaration de grossesse :

### **Annexe III : Score individuel de précarité**

1. Quelle est votre prise en charge sociale ?
  - Bénéficiaire de la Sécurité Sociale et d'une Complémentaire Santé 0 point
  - Bénéficiaire de la CMU complémentaire, ou de l'Aide Médicale d'Etat 1 point
  - Bénéficiaire de la Sécurité Sociale seule, ou de la CMU seule 2 points
  - N'avoir aucune couverture maladie 3 points
  
2. Quel est votre niveau d'études ?
  - N'avoir jamais été à l'école, ou la dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement primaire 2 points
  - La dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement secondaire 1er cycle ou 2ème cycle (de la 6è à la terminale) 1 point
  - Avoir fait des études supérieures 0 point
  
3. A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?
  - Faire ou avoir fait partie des cadres et professions intellectuelles supérieures 0 point
  - Faire ou avoir fait partie des professions intermédiaires, être ou avoir été artisan, commerçant, ou chef d'entreprise 1 point
  - Etre ou avoir été employé ou ouvrier 2 points
  - Ne jamais avoir travaillé plus de trois mois 3 points
  
4. Quel est votre statut professionnel ?
  - Etre actif occupé : 0 point
    - Occupent un emploi toutes les personnes suivantes :*
    - O celles qui aident un membre de leur famille dans leur travail, même sans être rémunérées*
    - O celles en congé annuel, de maladie, de maternité, en congé individuel de formation, de conversion, en dispenses d'activité, etc.*
    - O les élèves fonctionnaires, les intérimaires, les intermittents du spectacle*
  - Etre étudiant 0 point
  - Etre chômeur (inscrit ou non à l'ANPE / Pôle Emploi) 2 points
  - Etre retraité 1 point
  - Etre inactif (par exemple, handicapé) 1 point
  
5. D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez ?
  - Très seul 3 points
  - Plutôt seul 2 points
  - Plutôt entouré 1 point
  - Très entouré 0 point
  
6. Quelle est votre situation affective ?
  - Ne pas avoir de relation amoureuse importante 3 points
  - Avoir une relation amoureuse ou sentimentale importante pour le sujet interrogé, sans pour autant qu'il se considère en couple 2 points
  - Etre en couple mais ne pas vivre avec son conjoint 1 point
  - Etre en couple et vivre avec son conjoint 0 point



7. Avec qui vivez-vous ?
- Une seule personne 0 point
  - Mononucléaire : couple, avec ou sans enfant 1 point
  - Monoparentale : un parent seul avec enfant(s) 2 points
  - «isolés» : autres cas 1 point
8. Gagnez-vous plus ou moins de 910 euros par mois ?
- Plus de 910 euros 0 point
  - Moins de 910 euros 1 point
9. Comment percevez-vous votre situation financière ?
- Vous êtes à l'aise 0 point
  - Ca va 0 point
  - C'est juste, il faut faire attention 1 point
  - Vous y arrivez difficilement 2 points
10. En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de membres de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins, pour vous aider dans la vie quotidienne, vous donner un coup de main ?
- Oui 0 point
  - Non 1 point
11. En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de membres de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins, pour vous aider financièrement ou matériellement (nourriture, vêtements, etc.) ?
- Oui 0 point
  - Non 1 point
12. En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de membres de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins, pour vous apporter un soutien moral ou affectif ?
- Oui 0 point
  - Non 1 point
13. Etes-vous propriétaire, locataire ou hébergé ?
- Etre propriétaire ou en lien avec ce dernier (membre du ménage, membre de la famille) 0 point
  - Etre locataire ou en lien avec ce dernier 1 point
  - Etre héberge 2 points
14. Etes-vous de nationalité française ? Si oui, de quelles nationalités sont/étaient vos parents ?
- Etre français né de deux parents français 0 point
  - Etre français, mais au moins un des deux parents n'a pas la nationalité française 1 point
  - Ne pas être de nationalité française 2 points

## RESUME

**Introduction** : La précarité est une notion complexe et multidimensionnelle. Ses effets sur la grossesse sont l'augmentation des pathologies et des hospitalisations maternelles et néonatales. Repérer les femmes enceintes en situation de précarité est délicat. Dans les Dossiers Médicaux et Obstétricaux (DMO) informatisés de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble (HCE), seul l'item « patiente en situation de précarité » est mis à disposition des professionnels de santé, qui le cochent de façons subjective.

**Matériel et méthode** : Il s'agit d'une étude transversale descriptive monocentrique réalisée à l'HCE de Grenoble auprès de toutes les patientes ayant accouché durant la période d'inclusion. Les patientes ont été considérées comme précaires lorsque le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) était supérieur à 30,7. Les objectifs étaient de savoir si la précarité était correctement identifiée dans le DMO par les professionnels de l'HCE, de connaître la prévalence de la précarité ainsi que la concordance entre le repérage des patientes en situation de précarité et le score EPICES.

**Résultats** : La sensibilité du repérage est de 30,08 %. La prévalence des patientes en situation de précarité est de 39,70 %. La concordance entre le repérage des patientes précaires et le score EPICES est considérée comme médiocre.

**Conclusion** : La prévalence de la précarité à l'HCE est très supérieure aux autres centres hospitaliers de niveau 3 en France. Le repérage de ces patientes est insuffisant au vu des conséquences de la précarité sur la grossesse. Il serait donc intéressant d'inclure un score validé scientifiquement tel que le score EPICES dans le DMO afin d'uniformiser l'identification de ces patientes et d'optimiser le suivi de grossesse de ces femmes.

**Mots clés** : Précarité, repérage, score EPICES, grossesse, Hôpital Couple Enfant